



# Nuorten anoreksian hoito

Kirjallisuuskatsaus

Jenni Rajala

Vera-Emilia Saihovaara

OPINNÄYTETYÖ

Toukokuu 2020

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

RAJALA, JENNI & SAIHOVAARA, VERA-EMILIA:  
Nuorten anoreksian hoito  
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 37 sivua, joista liitteitä 3 sivua  
Toukokuu 2020

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus nuorten anoreksian hoidosta. Tavoitteena oli koota yhteen tietoa siitä, miten nuorten anoreksiaa hoidetaan sairaanhoitajan työn tueksi. Opinnäytetyön tehtävänä oli, miten nuorten anoreksiaa hoidetaan. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa haettiin kansainvälisistä ja kotimaisista tietokannoista käyttäen sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Aineistoon ei otettu yli 10 vuotta vanhoja tutkimuksia. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysissä aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin ala- ja yläluokkiin. Yläluokista tehtiin tulosten selkeyttämiseksi otsikot.

Tuloksissa kävi ilmi, että nuorten anoreksian hoitoon kuuluu monta erilaista osa-aluetta. Tärkeimpinä asioina pidettiin yksilöllistä ohjaamista, erilaisten fysiologisten mittausten seuranta, moniammatillista yhteistyötä ja vanhempien mukaan ottamista hoitoon. Tulokset osoittivat, että perhepohjainen hoitomalli on tehokas nuorten anoreksian hoidossa. Ravitsemuksen hoitamisesta oli erilaisia ohjeistuksia, ja ohjeistukset tekivät pääasiassa ravitsemusasiantuntijat. Lisäksi lääkehoitoa pidettiin anoreksian hoidon lisähoitona, muiden hoitomenetelmien rinnalla.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että nuorten anoreksian hoitoa on tutkittu viimeisen 10 vuoden aikana vähän. Nuorten anoreksian hoitoa olisi syytä tutkia laajemmin, ottaen huomioon, että 20%:lla sairastuneista ja hoitoa saaneista sairaus kroonistuu.

---

Asiasanat: anoreksia, nuoret, laihuushäiriö, teini-ikäiset

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Nursing

RAJALA, JENNI & SAIHOVAARA, VERA-EMILIA  
Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa  
Literature review

Bachelor's thesis 37 pages, appendices 3 pages  
May 2020

---

The purpose of this study was to examine how adolescent anorexia nervosa is treated. The objective was to gather information about treatment of adolescent anorexia nervosa for health care workers. The research question was how adolescent anorexia nervosa is treated. The study was conducted as a narrative literature review. The data were gathered from international and domestic databases and analysed by means of a content analysis. A total of 9 articles were selected and analysed.

The treatment of anorexia nervosa contains regular measurements, individual counselling and involving parents to the treatment. At the beginning of the treatment, the most important thing is to re-feed the adolescent. At that point nutrition is the key point of the treatment. Medication is used as an adjunctive treatment for anorexia nervosa.

The findings indicate that the subject is still understudied. The treatment of anorexia nervosa is multi-disciplinary teamwork. There is a need to further research the subject especially from the perspective of nursing science.

---

Key words: anorexia nervosa, adolescent

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	6
2.1	Nuori .....	6
2.2	Anoreksia .....	7
2.3	Hoito.....	9
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	11
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	12
4.1	Kirjallisuuskatsaus.....	12
4.2	Aineiston keruu .....	13
4.3	Aineiston sisällönanalyysi .....	15
5	TULOKSET .....	18
5.1	Anoreksian hoidon perusta .....	18
5.2	Ravitsemus .....	19
5.3	Perhepohjainen hoitomalli .....	21
5.4	Lääkehoito .....	24
6	POHDINTA .....	26
6.1	Luotettavuus ja eettisyys .....	26
6.2	Tulosten tarkastelu .....	28
6.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	30
	LÄHTEET.....	31
	LIITTEET .....	35
	Liite 1. Aineisto .....	35

## 1 JOHDANTO

Anoreksia on syömishäiriöistä tunnetuimpia. Se ei kuitenkaan ole yleisin syömishäiriö, vaan esimerkiksi ahmimis- ja ahmintahäiriö ovat Suomessa yleisempiä kuin anoreksia. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Anoreksia on tunnettu sairautena jo 1800-luvulta alkaen (Keski-Rahkonen, Hoek & Treasure 2001). Sairauden on todettu puhkeavan yleisimmin nuoruusiässä (Herperzt-Dahmann & Dahmen 2019, 1-2). Anoreksiaan sairastuneista ja siihen hoitoa saaneista 20%:lla sairaus muuttuu krooniseksi. Vain 50% paranee oireista ja 30%:lla oireet lievittyvät. (Pajamäki & Metso 2015, 2849.)

Pitkästä historiastaan huolimatta syömishäiriöiden syntymisen syitä ei tiedetä tarkkaan, eikä niiden hoitomuodoista ole vahvaa tutkimusnäyttöä. Syömishäiriölle altistavia tekijöitä ovat muun muassa geneettinen alttius ja itsetunto-ongelmat. Laukaisevana tekijänä voi olla esimerkiksi laihuutta ihannoiva ympäristö. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Anoreksian hoidon tavoitteena on syömiskäyttäytymisen normalistaminen vaikuttamalla sairauden altistaviin, laukaiseviin ja ylläpitäviin tekijöihin (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015).

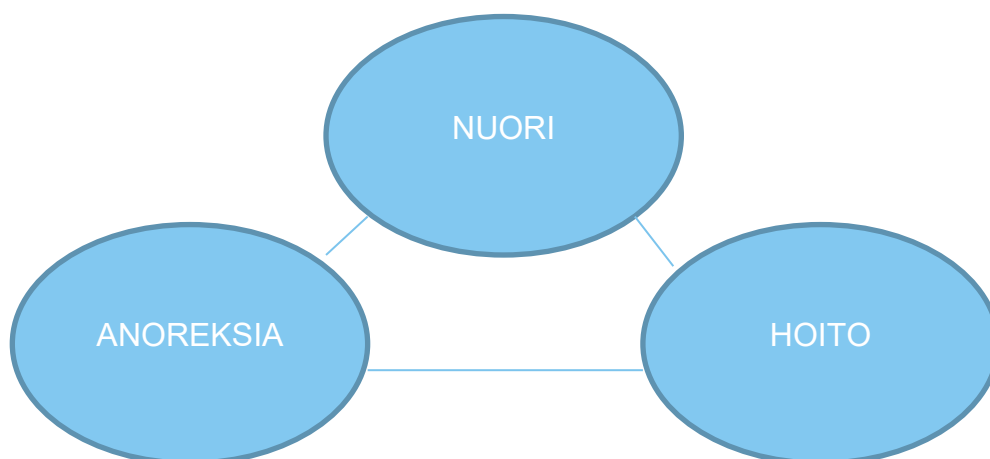
Anoreksiaa sairastavia nuoria voi tavata useilla eri terveydenhuollon toimialueilla. Työpaikasta riippumatta sairaanhoitajan tulisi osata reagoida nuoren fyysiseen ja psyykkiseen tilaan. Anoreksian hoito tulee ottaa huomioon myös silloin, jos nuori tulee sairaalahoitoon jonkun muun syyn vuoksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallisuuskatsaus nuorten anoreksian hoidosta. Tavoitteena oli koota yhteen tietoa siitä, miten nuorten anoreksiaa hoidetaan sairaanhoitajan työn tueksi. Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kysymyseen, miten nuorten anoreksiaa hoidetaan. Opinnäytetyön työelämäkontaktina toimii Tampereen ammattikorkeakoulu.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ovat nuori, anoreksia ja hoito. Nuorella tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan 12-18 vuoden ikäistä henkilöä. Anoreksia on syömishäiriö, jolle tyypillistä on energiansaannin vähentäminen ja siitä johtuva painonlasku. Hoito tarkoittaa sairauden hoitoa tai potilaalle tehtäviä tutkimuksia, joilla selvitetään sairauden syytä tai sen tilaa. (kuvio 1.)

Teoreettisiin lähtökohtiin tietoa on haettu laeista, syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksesta, kotimaisesta Duodecim-palvelusta, Hoitotiede-lehdestä sekä CINAHL-tietokannasta. Lisäksi tietoa on etsitty erilaisilta internetsivustoilta, kuten nuorten mielenterveystalon sivuilta.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Nuori

Nuoruus on siirtymävaihe lapsuuden ja aikuisuuden välillä. Tämän määritelmän sisälle mahtuu kuitenkin suurta vaihtelua. (Bayer, Gilman, Tsui & Hindin 2010, 509.) Nuorisolaki (1285/2016) määrittelee nuoren alle 29 vuoden ikäiseksi henkilöksi. Yleissopimus lapsen oikeuksista (60/1991) taas määrittelee kaikki alle 18-vuotiaat lapseksi. Nuoruusiän voidaan katsoa olevan myös 12-22 ikävuoden välille ajoittuva ajanjakso (Nuorten mielenterveystalo n.d.). Nuoruus voidaan jakaa

kolmeen kehitysvaiheeseen, joita ovat varhaisnuoruus, keskinuoruus ja myöhäisnuoruus. Varhaisnuoruus sijoittuu 12-14 ikävuoden välille, keskinuoruus 15-17 ikävuoden välille ja myöhäisnuoruus 18-22 ikävuoden välille. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Nuoruuteen kuuluvat nopea fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kasvu sekä kehitys. Nuoruuden kehitys alkaa puberteetista. Varhaisnuoruus on nopeiden fyysisten muutosten vuoksi kuohuva vaihe kehityksessä. Tunnekuohut ovat tyypillisiä varhaisnuoruudessa. Keskinuoruudessa tunnekuohut yleensä tasoittuvat. Myöhäisnuoruudessa käyttäytyminen ja luonteenpiirteet alkavat yleensä tasaantua. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Nuoruuden kehitystehtäviä ovat vanhemmista irrottautuminen, enenevä turvautuminen ikätovereihin, sopeutuminen murrosiän tuomiin fyysisiin muutoksiin sekä oman seksuaalisen identiteetin jäsentäminen. (Nuorten mielenterveystalo n.d.)

Nuorisopsykiatrian ikäraajat vaihtelevat hieman sairaanhoitopiiristä riippuen. Nuorisopsykiatriisilla osastoilla hoidetaan tavallisesti 13-17 -vuotiaita nuoria (HYKS psykiatria 2017; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017). Nuorisopsykiatrian poliklinikoilla hoidetaan nuoria hieman vanhempaan ikään saakka, esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 22-vuotiaaksi ja HYKS psykiatrian poliklinikoilla 20-vuotiaaksi (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017; HYKS psykiatria 2017).

## **2.2 Anoreksia**

Anoreksiaa pidetään kauan olemassa olleena sairautena, joka on näyttänyt eri muotojaan jo 1800-luvulta alkaen (Keski-Rahkonen ym. 2001). Suomessa anoreksian esiintyvyys naisilla on noin 0,9% ja miehillä 0,2% (Syömishäiriöt: Käypä hoito- suositus 2014). Hoitoa saaneista anoreksiaan sairastuneista vain 50% parantuu kokonaan, 30%:lla oireet lieventyvät ja 20%:lla sairaudesta tulee krooninen (Pajamäki & Metso 2015, 2849). Anoreksian yleisin puhkeamisikä on nuoruudessa (Herperzt-Dahlmann & Dahmen 2019, 1-2).

Anoreksia on syömishäiriö, jolle tyypillistä on energiansaannin vähentäminen ja sen myötä alentunut kehon paino, painon kohoamisen pelkääminen ja kehonkuvan vääristymä (Phillipou, Castle & Rossell 2018, 13). Anoreksia alkaa yleensä vähitellen (Ruuska 2018). Tyypillisesti anoreksia alkaa ruuan syömisestä vähentämisellä. Anoreksiaa sairastavat käyttävät usein vähäkalorisia ja -rasvaisia ruokia. Joillakin sairaus voi ilmetä erittäin aktiivisena liikkumisena. Joukkueliikunnassa, kuten baletissa tai voimistelussa, anoreksiaa sairastavat saattavat vertailla painoaan joukkuelaistensa painoon, ja laihduttamisesta voi jopa tulla kilpailu. (Herperzt-Dahlmann & Dahmen 2019, 3.) Sairastuneet yleensä kieltävät oireensa, ja sairauden alkuvaiheessa motivointi ja tiedon antaminen on tärkeää (Ruuska 2018).

Anoreksian fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi kuukautisten poisjääminen, aineenvaihdunnan hidastuminen, matala syke ja verenpaine, raajojen ääreisosien kylmyys sekä ihonalaisen kudoksen väheneminen. Sairauteen voi myös liittyä psyykkisiä liitännäisoireita, kuten esimerkiksi mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä. (Ruuska 2018.) Varoitusmerkkejä, joiden ilmaantuessa huoli anoreksiasta voi syntyä, ovat muun muassa jatkuva keskittyminen laihduttamiseen ja ruokaan, nopea painonpudotus, vääristynyt ruumiinkuva ja tiheä punnitseminen (Alenius & Salonen 2014).

Riskitekijöitä anoreksiaan sairastumiselle ovat muun muassa heikko itsetunto, masentuneisuus ja ahdistuneisuus, naissukupuoli, erittäin runsas liikunta ja perfektionismi. Sairaudelta suojaavia tekijöitä ovat terveelliset ruokailutottumukset, hyväksyvä suhtautuminen omaan vartaloon ja sen kokoon, hyvä itsetunto ja hyvä sosiaalinen tuki. (Alenius & Salonen 2014.)

Pitkään aliravitsemusta sairastaneilla voi esiintyä refeeding-oireyhtymää. Oireyhtymä ilmenee ravitsemuksen aloittamisen jälkeen, jolloin glukoosista tulee uudelleen ensisijainen energianlähde. Tämä stimuloi insuliinin eritystä, joka johtaa muun muassa glukoosin, fosfaatin, kaliumin, magnesiumin ja veden siirtymisen solun sisälle. Tämä tarkoittaa sitä, että elektrolyyttien osuus veressä pienenee. Aliravittu elimistö ei kestä liian nopeasti aloitettua ja liian suurta energiamäärää. (Ukkola 2007, 807.)



## 2.3 Hoito

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee terveyden- ja sairaanhoidon potilaan terveydentilan määrittämiseksi tai tämän terveyden palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon yksiköissä. Muun muassa sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2020). Cambridge University Press (2020) määrittelee hoitamisen lääkkeiden tai hoitomenetelmien käyttämiseksi potilaan sairauden tai vamman parantamisessa.

Potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaudenhoitoon. Laadukas terveyden- ja sairaudenhoito pitää sisällään ihmisarvon loukkaamattomuuden ja potilaan vakaumuksen ja yksilöllisyyden kunnioittamisen. Potilaan yksilölliset tarpeet, kieli ja kulttuuri on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon tämän hoidossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Terveyspalvelujen tulee olla yksilöllisiä ja asiakaslähtöisiä (McCormack ym. 2010, 94; Suhonen ym. 2013, 81). Hoidon yksilöllisyys kertoo hoidon laadusta ja on osa asiakaskeskeistä terveydenhuoltoa (Suhonen ym. 2013, 81). Laadukkaaseen hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana myös potilasturvallisuus (Turunen ym. 2015, 149).

Hoitoa toteutettaessa laaditaan tarvittaessa hoitoa koskeva suunnitelma. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi hoidon järjestäminen ja aikataulu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2004/857.) Hoitosuunnitelmaan luodaan selkeä kuva siitä, mitä hoidolta odotetaan ja millä keinoilla se voidaan saavuttaa (Winell, Mikkola, Kuronen & Liira 2019, 41). Hoitosuunnitelma mahdollistaa potilaan osallistumisen oman hoitonsa suunnitteluun (Winell ym. 2019, 41). Suunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan ja hänen omaisensa tai laillisen edustajansa kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2004/857).

Potilaalla on itsemääräämisoikeus, ja häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Alaikäiseltä potilaalta tulee kysyä hänen mielipiteensä hoitotoimenpidettä kohtaan, jos se on hänen ikätahtonsa ja kehitykseensä nähden mahdollista. Jos alaikäinen on kykenemätön päättämään hoidostaan, hoidetaan häntä yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai laillisen edustajansa kanssa.

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Itsemääräämisoikeus ei tarkoita, että vastuu hoidosta on potilaalla, vaan se tekee potilaan osalliseksi hoitoa yhdessä yhteisön ja terveydenhuollon kanssa (Robbins, Mattison & Dorrance 2018, 199).

Ihmislähtöisessä ajattelussa potilaan ei tarvitse alistua hoitoyhteisön tai hoidon antajan tahdolle, vaan se antaa potilaalle rohkeutta olla oman itsensä asiantuntija, kun päätetään sopivasta hoidosta (Robbins ym. 2018, 199-200). Myös asiakaslähtöisessä ajattelussa ihmisten ajatellaan olevan toimijoita, jotka ovat oman elämänsä asiantuntijoita. Asiakaslähtöisessä ajattelussa korostuu itsemääräämisoikeuden toteutuminen koko hoitotapahtuman ajan. (Virtanen ym. 2011, 20.)

Anoreksian hoidon tavoitteena on syömiskäyttäytymisen normaalistaminen. Lisäksi tavoitteena on anoreksiaan altistaviin, laukaiseviin ja ylläpitäviin tekijöihin vaikuttaminen. Hoidon alussa keskeistä on nuoren ja perheen ahdistuksen hoito, psykoedukaatio, motivointi ja ravitsemustilan korjaaminen. (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015.) Perheen huomioiminen anoreksian hoidossa on tärkeää. Perhe tarvitsee tietoa ja tukea, sekä heille tulee kertoa anoreksiasta sairautena. Anoreksiaa sairastavien perheenjäsenet kärsivät stressistä, joten he voivat hyötyä esimerkiksi vertaistuesta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Psykoedukaatio eli tiedollinen ohjaus tarkoittaa tiedon jakamista anoreksiasta, nälkiintymisen seuraamuksista ja syömisen lainalaisuuksista (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Näiden lisäksi psykoedukaation tarkoituksena on sairauden uudelleen alkamisen ennaltaehkäisy (Sarkhel, Singh & Arora 2020, 319). Psykoedukaation tavoitteena on auttaa anoreksiaa sairastavaa ja tämän perhettä hahmottamaan sairaus, sekä auttamaan sairastunutta pääsemään eroon vääristyneistä uskomuksista, jotka ovat johtaneet häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen. Lisäksi sairastuneelle annetaan kirjallista materiaalia tukemaan sairaudesta paranemista. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallisuuskatsaus nuorten anoreksian hoidosta.

Tavoitteena on koota yhteen tietoa nuorten anoreksian hoidosta sairaanhoitajan työn tueksi.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymykseen:

Miten nuorten anoreksiaa voidaan hoitaa?

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kerätä jo aiemmin tutkittua tietoa katsauksen tekijän valitsemasta aiheesta. Kirjallisuuskatsauksen tärkeimpänä tehtävänä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, sekä kehittää teoriaa tai vaihtoehtoisesti arvioida sitä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.)

Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia, joista kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisin (Salminen 2011, 6). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on hoito- ja terveystieteissä laajasti käytetty tutkimusmenetelmä. Sitä on kritisoitu sen sattumanvaraisuuden vuoksi, mutta sen vahvuutena on pidetty argumentoituutta. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.) Sen tehtävänä on pyrkiä kuvailemaan viimeaikaista tai aikaisemmin tehtyä tutkimusta tietystä aiheesta (Stolt ym. 2016, 9). Se pyrkii usein vastaamaan kysymyksiin ”Mitä ilmiöstä jo tiedetään?” tai ”Mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet?” (Kangasniemi ym. 2013, 294).

Aineistot, joita kirjallisuuskatsauksessa käytetään, ovat laajoja, eikä niiden valintaan vaikuta metodiset säännöt. Aihetta pystytään kuitenkin kuvaamaan laajasti ja monipuolisesti. (Salminen 2011, 8.) Katsaus tarkastelee pääasiassa julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia ja erityisesti vertaisarvioituja tutkimuksia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on prosessi, joka sisältää materiaalin hankinnan, tekstinaineiston synteessin, sekä analyysin. (Stolt ym. 2016, 9.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa neljään vaiheeseen, jotka ovat 1. tutkimuskysymyksen muodostaminen 2. aineiston valinta 3. kuvailun rakentaminen, ja 4. tulosten tarkastelu (Kangasniemi ym. 2013, 294).

Opinnäytetyömme on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla saamme kattavan yleiskatsauksen nuorten anoreksian hoidosta. Tämän avulla pystymme muodostamaan tuloksista helposti luettavan ja ymmärrettävän kokonaisuuden.

## 4.2 Aineiston keruu

Aineiston keruu ja sen vaiheiden kertominen ovat olennaisessa osassa kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Mikäli aineiston keruuta ei ole dokumentoitu asianmukaisesti, kärsii kirjallisuuskatsauksen luotettavuus. Myös tulokset voivat tällöin olla lukijaa harhauttavia. (Stolt ym. 2016, 67.)

Hakusanojen määrittelemiseksi käytimme Mesh- ja FinMesh- hakusanastoja. Sanojen valinta perustui siihen, että sanat vastaavat tutkimuskysymystä ja teoreettisia lähtökohtia. Hakusanoissa käytettiin synonyymejä hakutulosten laajentamiseksi. Valituilla sanoilla muodostettiin hakulauseet, joilla haimme tietoa eri tietokannoista (taulukko 1). Kansainvälisistä tietokannoista käytimme CINAHL, MEDLINE ovid ja PubMed. Yhdistimme seuraavat tietokannat MEDLINE ovid tietokantahakuun: PsycARTICLES, Joanna Briggs Institute EBD Database ja PsycINFO. Suomalaisista tietokannoista käytimme Medic-tietokantaa.

TAULUKKO 1 Aineiston haun tietokannat, hakusanat ja hakutulokset

Tietokanta ja hakusanat	Viitteitä	Rajausten jälkeen	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän-tarkastelun jälkeen	Sisällön-tarkastelun jälkeen
<b>CINAHL</b> (child* OR teen* OR young* OR minor* OR adolescent*) AND ("anorexia nervosa*" OR anorexia*) AND (treat* OR manage*)	228	77	22	7	5
<b>PubMed</b> (child* OR teen* OR young* OR minor* OR adolescent*) AND ("anorexia nervosa*" OR anorexia*) AND (treat* OR manage*)	5 504	615	21	3	2
<b>MEDLINE</b> Ovid (child* OR teen* OR young* OR minor* OR adolescent*) AND ("anorexia nervosa*" OR anorexia*) AND (treat* OR manage*)	2230	162	5	0	0
<b>Medic</b> (laps* OR teini* OR las* OR alaikäi* OR nuor*) AND (anoreks* OR lai-huushäi*) AND hoito*	29	11	4	1	1

Rajasimme tietokantahakuja sisäänottokriteerien mukaisesti (taulukko 2). Otsikon perusteella valitsimme tutkimukset, jotka liittyivät anoreksian tai syömishäiriöiden hoitoon. Tutkimusten tiivistelmiä läpi käydessämme katsoimme, että tutkimus oli tieteellinen julkaisu, ja että tutkimuksen kysymys, asetelma, menetelmä ja tulokset oli kuvattu selkeästi. Tiivistelmien luvun jälkeen aineistoksi jääneistä tutkimuksista tarkastimme myös, että luotettavuutta, eettisyyttä ja tuloksia oli pohdittu sekä johtopäätöksistä oli keskusteltu.

Tietokantahaun lisäksi haimme tietoa manuaalisesti Hoitotiede ja Tutkiva Hoito -lehdistä ajalta 2010-2020. Tässä haussa otimme tutkimuksen mukaan otsikon perusteella. Valitsimme otsikon perusteella kaksi tutkimusta, joista sisällön luvun jälkeen yksi valikoitui mukaan aineistoomme.

TAULUKKO 2 Aineistohaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Koko artikkeli saatavilla	Koko artikkeli saatavilla maksullisena/vain tiivistelmä saatavilla
Julkaistu vuosina 2010-2020	Vanhempi kuin vuonna 2010 julkaistu tutkimus
Alle 18-vuotiaat	Yli 18-vuotiaat
Suomen- tai englanninkielinen	Katsaus tai ei-tieteellinen julkaisu

Lopullinen aineisto koostui 4 määrällisestä tutkimuksesta, 1 laadullisesta tutkimuksesta, 1 retrospektiivisestä kohorttitutkimuksesta, 1 tapaustutkimuksesta ja 2 tutkimuksesta, jossa oli käytetty sekä määrällistä että laadullista menetelmää. Tutkimuksista 3 oli tehty Kanadassa, 2 Yhdysvalloissa, 2 Australiassa ja 2 Suomessa.

### 4.3 Aineiston sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tapa käsitellä kerättyä aineistoa ja samaan aikaan kuvata sitä. Tätä käytetään hyvin paljon hoitotieteessä. Kankkusen ja Vehviläisen (2017) mukaan Burns ja Grove (2001) määrittelivät sisällönanalyysin niin, että analyysin avulla voidaan tuloksia tulkita yleistävästi. (Kankkunen & Vehviläinen 2017, 166.)

Sisällönanalyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Luokat valitaan tutkimusongelmien ohjaamana aineistosta. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia. Analyysissa yksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen sana tai lause. Analyysi etenee vaiheittain, alkaen pelkistämisestä. Sen jälkeen tapahtuu ryhmittely ja abstrahointi. Pelkistämisen jälkeen valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai teema. Ennen tätä tulee kuitenkin päättää mitä ja miten aineistoa analysoidaan. (Kankkunen & Vehviläinen 2017, 168.)

Lukemista ja analysointia helpottaaksemme jaoimme aineiston aiheen mukaan; 3 tutkimusta koski lääkehoitoa, 3 perhepohjaista hoitomallia, 1 ravitsemusta, 1 anoreksiaa sairastavan mahdollisia hoitopaikkoja ja yhteen oli sisällytetty useita edellä mainittuja hoitomuotoja. Sisällönanalyysissä olemme ensin keränneet taulukkoon englanninkieliset lauseet, jotka vastaavat tutkimuskysymykseemme. Tämän jälkeen olemme kääntäneet lauseet suomeksi ja pelkistäneet ne.

Pelkistettyjen ilmausten perusteella olemme ryhmitelleet alaluokkia (taulukko 3). Alaluokista olemme keränneet samaa asiaa ilmaisevat tulokset yläluokiksi (taulukko 4). Yläluokkia tuli yhteensä 4. Näitä yläluokkia käytimme opinnäytetyön tuotosion otsikoinnissa.

TAULUKKO 3 Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelystä alaluokiksi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Ravitsemusneuvontaa tarjottiin säännöllisesti	Ravitsemusneuvonta
Ravitsemuksesta keskusteltiin	
Ravitsemuksen tarve arvioitiin perusai-neenvaihdunnan nopeudella, joka lasket-tiin Schioden yhtälöllä ja kerrottiin aktiivi-suuskertoimella	Ravitsemuksen arvioiminen
Jatkuva energian saantia ja tavoite saan-tia ohjasi potilaan yksilöllinen etenemi-nen hoidossa	

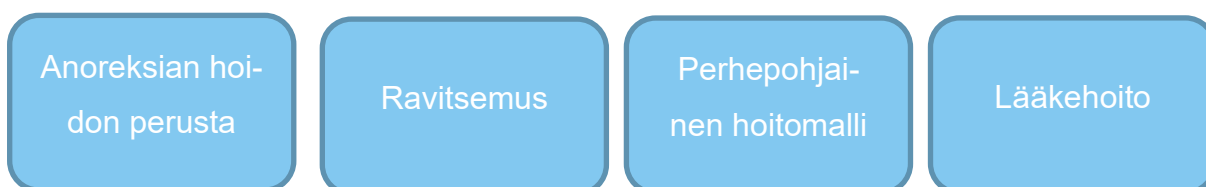


TAULUKKO 4 Esimerkki alaluokkien ryhmittelystä yläluokiksi

Alaluokka	Yläluokka
Ravitsemusneuvonta	Ravitsemus
Ravitsemuksen arvioiminen	
Säännölliset mittaukset	Hoidon perusta
Moniammatillinen yhteistyö	
Haittavaikutukset	Lääkehoito
Lääkkeen annos	

## 5 TULOKSET

Tulokset osoittavat, että anoreksian hoitoon kuuluu useita hoitomenetelmiä. Sisällönanalyysissä ryhmitellyt yläluokat toimivat tulokset-osion otsikoina (kuvio 2). Tuloksiin on kursivoitu sisällönanalyysissä muodostetut alaluokat.



KUVIO 2 Nuorten anoreksian hoidon tulokset

### 5.1 Anoreksian hoidon perusta

Nuorten anoreksiaa voidaan hoitaa erilaisissa *hoitopaikoissa*. Näitä ovat avohoito tai osastohoito. Tarpeen vaatiessa anoreksiaa sairastavia nuoria voidaan hoitaa erikoissairaanhoidossa tai myös määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Silén ym. 2016, 2117.) Mikäli hoito järjestettiin osastohoidossa, *hoidon keston* arvioitiin olevan keskimäärin 2 viikosta 6 viikkoon. Hoidon kestoon vaikutti nuoren *yksilöllinen* tarve. (Rocks, Pelly & Wilkinson 2014, 101.) Hoito pyrittiin yksilöllistämään nuoren omien tarpeiden mukaan (Plath, Williams & Wood 2016, 398). Anoreksian hoito perustui *säännöllisiin mittauksiin*, yksilölliseen *ohjaukseen*, *yhteistyöhön vanhempien kanssa*, sekä *moniammatilliseen yhteistyöhön* (Kynsilehto, Kääriäinen & Ruotsalainen 2018, 60).

Säännöllisiä mittauksia seurattiin hoidon aikana. Näitä mittauksia olivat painon seuranta, laboratoriokokeet sekä verenpaineen mittaaminen. (Kynsilehto ym. 2018, 60.) Hoidon arvioimisessa käytettiin myös muita mittareita, kuten psykologisia testejä. Näitä olivat esimerkiksi mielialaa, ahdistusta sekä syömishäiriöajatuksia ja -käytöstä arvioivat kyselyt. Näitä kyselyitä tehtiin ennen hoidon alkamista, hoidon aikana, sekä hoidon päätyttyä. (Spettigue ym. 2018, 203.)

Yksilöllisessä ohjauksessa keskusteltiin nuorelle tärkeistä asioista, kuten kave-  
reista ja harrastuksista. Keskustelu pyrittiin pitämään matalan kynnyksen tukena

ja kannustavana, ennemmin kuin terapiatyylisenä istuntona. Ohjauskeskusteluissa käytiin läpi ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvää ohjausta. Keskustelut rakentuivat nuoren omien tarpeiden ympärille, mutta pääasiallisia puheenaiheita olivat hyvinvointi, mieliala, normaalius, jaksaminen sekä itseen tai läheisiin liittyvä huoli. Näiden keskusteluiden pohjalta yritettiin myös miettiä yhdessä nuoren kanssa syitä syömishäiriölle. (Kynsilehto ym. 2018, 60-61.) Nuorille voitiin tarjota myös yksilöterapiaa (Spettigue ym. 2018, 202).

Mikäli nuori antoi luvan, pyrittiin vanhemmat ottamaan mukaan hoitoon. Vanhempien kanssa käytiin keskustelua nuoresta ja nuoren hoidosta. Heidän kanssaan pohdittiin esimerkiksi siitä, mikä asia voisi olla nuoren syömishäiriön taustalla. Syömishäiriön taustalla voi olla esimerkiksi perhesuhteet tai kiusaaminen. Vanhemmat olivat isossa roolissa ja heille annettiin suuri vastuu nuoren syömishäiriön hoidossa. Heidän tehtävänä oli tukea nuorta sekä seurata hoidon kulkua. (Kynsilehto ym. 2018, 61.) Perheille voitiin tarjota myös perheterapiaa (Spettigue ym. 2018, 202).

Nuorille pystyttiin tarjoamaan tukea myös moniammatillisen tiimin avulla. Nuoria voitiin ohjata psykiatrian asiantuntijoille. Näitä ovat esimerkiksi psykiatrinen sairaanhoitaja tai lasten- ja nuortenpsykiatrian työryhmä. Koulu- tai opiskelijaterveydenhuollosta voitiin tarvittaessa ottaa myös yhteyttä koulun koulupsykologisiin tai koulukuraattoriin. (Kynsilehto 2018, 61.)

## 5.2 Ravitsemus

Niin kuin aiemmin mainittiin, yksilölliseen ohjaukseen sisältyi keskustelua ravitsemuksesta. Ravitsemuksesta annettiin *ravitsemusohjausta* yksilöllisesti nuoren tarpeiden mukaan. Keskustelussa käytiin läpi lautasmallin käyttöä, sekä painotettiin säännöllisen ateriaritmin tärkeyttä. Hoidon ja keskustelun tukena käytettiin aterioista otettuja valokuvia. Näitä valokuvia käytettiin kalorien laskemisen helpottamiseksi. (Kynsilehto ym. 2018, 60.)

Nuoren kanssa käytiin läpi erilaisia *toimintatapoja ravitsemuksen seurannan ja lisäämisen* suhteen hoidon edetessä. Nuorelle selvitettiin esimerkiksi se, että

osastohoidon aikana, mikäli nuori palasi lomalta tai tuli osastolle toisesta hoitolaitoksesta, ravitsemusta jatkettiin poikkeuksetta hoitosuunnitelman mukaisesti. (Rocks ym. 2014, 103.) Jos nuori oli avohoidossa, tarjottiin hänelle kuitenkin ravitsemusneuvontaa säännöllisesti. Neuvonnan lisäksi työntekijän tarkoituksena oli seurata nuoren ruokavaliota. Keskusteluissa myös pohdittiin ravitsemuksen mahdollista lisäämistä. (Kynsilehto ym. 2018, 60.) Hoito eteni yksilöllisesti. Etenemiseen vaikutti nuoren yksilöllinen tavoitteisiin pääsy sekä energian saanti. Hoidon *tavoite* määriteltiin useimmiten painon mukaan. Hoidon ajalle luotiin myös välitavoitteita, joita käytettiin energian tarpeen *arvioimisessa*. (Rocks ym. 2014, 103.)

Painon säännöllinen mittaaminen on osa anoreksian hoitoa (Kynsilehto ym. 2018, 60). Painotavoite asetettiin yhdessä potilaan ja moniammatillisen työyhteisön kanssa. Sen asettamiseksi käytettiin apuna BMI:tä eli painoindeksiä, painon vaihteluväliä tai BMI:n vaihteluväliä. Jotkut asettivat tavoitteen pelkästään BMI:hin. Tavoitteen asettamiseen liittyivät nuoren yksilölliset ominaisuudet, kuten painon suhteuttaminen pituuteen, kehitysvaihe, hoitosuunnitelma ja laitoksen oma suunnitelma. (Rocks ym. 2014, 103.) Painon mittaamisessa käytettiin erilaisia menetelmiä. Yleisin oli kuitenkin se, että mittaukset tehdään pistokokeina, niin ettei nuori osannut varautua punnitukseen esimerkiksi nestetankkaamisella. Olennaista oli myös se, että nuorella oli joka punnituksella sama vaatetus ja punnitus pyrittiin tekemään aina samaan aikaan vuorokaudesta. (Kynsilehto ym. 2018, 60.)

Mikäli nuorella oli suuri riski sairastua refeeding oireyhtymään, otettiin tämä erityisesti huomioon *ravitsemuksen hoidon aloittamisessa*. Ravitsemuksen aloittamisessa tämän potilasryhmän energiasuosituksot vaihtelivat. Osa ravitsemusterapeuteista ilmoitti aloittavansa ensimmäisen päivän ravitsemusohjelman 5000 kJ, osa kertoi aloituksen olevan 5000-6000 kJ välillä, sekä osa arvioi ravitsemuksen aloituksen olevan 6000 kJ tai enemmän. Näiden lisäksi osa laski ravitsemuksen tarpeen perusaineenvaihdunnan nopeudella, joka laskettiin Schioden yhtälöllä ja kerrottiin yksilöllisellä aktiivisuudella. Ravitsemuksen lisäämisessä hoidon aikana oli myös eroavaisuuksia. Yleisin käytäntö kuitenkin oli, että päivittäin annokseen lisättiin 1000-2000 kJ. Näiden lisäksi esiin nousi myös toimintatapa, jossa

ravitsemus aloitettiin 2000-4000 kJ ja lisäykset tehtiin 80 kJ/kg/vrk -kaavan mukaan. (Rocks ym. 2014, 101-102.)

Niille nuorille, joilla ei ollut suurta riskiä sairastua refeeding oireyhtymään, käytettiin laitosten omia ohjeistuksia ravitsemuksen suhteen. Hoito mukautettiin nuoren omien tarpeiden mukaan tai käytettiin edellisessä kappaleessa kerrottuja menetelmiä ravitsemuksen aloittamiseen. Ravitsemusterapeutit kertoivat, että *ravitsemusjärjestelmä* oli käytössä joko 5000-8000 kJ välillä, 8000-11000 kJ välillä tai 11000 kJ ja sen yli. (Rocks ym. 2014, 102.)

*Energianlähteenä* pidettiin ensisijaisesti ruokaa ja juomaa. Nenämahaletkua ja korkeaenergisiä lisätuotteita käytettiin vain silloin kun se koettiin nuoren hoidon kannalta tarpeelliseksi. Vaikka *vitamiinien ja hivenaineiden* suhteen oli vähän suosituksia, useissa tapauksista määrättiin lisävalmisteita moniammatillisen työyhteisön toimesta. Nuorilla, joilla oli suuri riski sairastua refeeding oireyhtymään, käytettiin runsaasti vitamiineja ja hivenaineita. Multivitamiinia ja fosfaattia käytettiin säännöllisesti nuoren ruokavaliossa, riippumatta siitä oliko nuorella suuri vai matala riski sairastua refeeding oireyhtymään. (Rocks 2014, 103-104.)

### 5.3 Perhepohjainen hoitomalli

Perhepohjainen hoitomalli eli The Maudsley Family Based Treatment on anoreksian hoidossa käytetty hoitomenetelmä (Plath ym. 2016, 398). Perhepohjainen hoitomalli jakautuu kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe keskittyy hoitovastuun antamiseen vanhemmille, toisessa vaiheessa vastuuta siirretään nuorelle ja kolmannessa vaiheessa käydään läpi ongelmia ja keskitytään tulevaisuuteen. (Couturier, Isserlin & Lock 2010, 205.)

*Ensimmäiseen vaiheeseen* kuuluu kolme ohjaustuokiota (Couturier ym. 2010, 205). Ohjauskerroilla korostuu perhepohjaisen hoitomallin pääpiirteet. Näitä pääpiirteitä ovat hyvän *yhteistyösuhteen luominen vanhempiin, vanhempien osallistaminen hoitoon* ja *vanhempien osaamisen lisääminen* tietoa, tukea ja ohjausta antamalla. Terveystieteen työntekijät pitivät näitä piirteitä tärkeinä. (Plath ym. 2016,

398-399, 406-407.) Couturier ym. (2010) selvittivät tutkimuksessaan perhepohjaista hoitomallia käyttävien asiantuntijoiden mielipidettä siitä, miten tärkeänä he pitävät hoitomallin eri vaiheiden ja ohjausten sisältöä.

*Ensimmäisellä ohjauskerralla* työntekijä kartoittaa nuoren ja vanhempien lähtötilanteen sekä antaa tietoa sairaudesta. Yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että ohjaustuokion tulisi olla vakava ja intensiivinen. Lähes kaikki vastanneista pitivät tärkeänä sitä, että nuori ja anoreksia erotetaan toisistaan. Lähes kaikki vastanneista pitivät tärkeänä sitä, että ensimmäisellä ohjauskerralla vanhemmille annetaan ensimmäinen ohjelma, jonka avulla ravitsemus voidaan aloittaa. (Couturier ym. 2010, 205.)

*Toisella ohjauskerralla* työntekijä syventyy perheen toimintamalleihin. Suurin osa vastanneista piti tärkeänä ohjata vanhemmille keinoja, joilla he voisivat saada nuoren ottamaan vielä yhden suullisen ruokaa. Yli puolet vastanneista olivat sitä mieltä, että myös vanhempien ruokailutapojen selvitys, sekä potilaan sisaruksen kohtaaminen olisi tärkeää. (Couturier ym. 2010, 205.)

*Kolmannella ohjauskerralla* työntekijä antaa lisäohjeita vanhemmille nuoren hoitoon. Melkein kaikki vastanneista pitivät tärkeänä, että ohjauskerta keskitetään ruokaan ja syömiseen sekä autetaan vanhempia ruokinnan suhteen. Yli puolet vastanneista piti tärkeänä eron tekemistä anoreksian ja nuoren kiinnostuksen kohteiden välille. Myös vanhempien ja sisarusten kritiikin muokkaamista yli puolet vastaajista piti tärkeänä. Vain noin puolet vastanneista piti tärkeänä keskustelua potilaan sisaruksen kanssa ja hänen voimavarojensa arviointia. (Couturier ym. 2010, 205.)

*Toisessa vaiheessa* työntekijä seuraa perheen tilannetta ja antaa lisäohjeita perheen tarpeiden mukaan. Lähes kaikki vastanneista piti tärkeänä vanhempien tukemista syömishäiriön oireiden hoidossa. Yli puolet piti tärkeänä auttaa vanhempia neuvottelemaan nuoren kanssa hallinnan takaisin saamisesta, sekä nuoren omien ja anoreksian välisten ajatusten eron korostamista. (Couturier ym. 2010, 205.) Kun vanhemmat eivät pysty erottamaan nuoren puheita anoreksiasta, kokevat he itsetunnon ja tehokkuuden menetystä, jotka ovat haitaksi hoidolle ja vanhempien jaksamiselle (Plath ym. 2016, 407). Alle puolet tai vähemmän oli sitä

mieltä, että vanhempien ja sisarusten välisen kritiikin muokkaamisen jatkaminen, sekä perheen rohkaiseminen nuoren ongelmien ja anoreksian välisten suhteiden tutkimiseen oli tärkeää. Pieni osa vastanneista piti tärkeänä sisarusten tukemista anoreksiaa sairastavan nuoren tukemisessa. (Couturier ym. 2010, 205.)

*Kolmannessa ja viimeisessä vaiheessa* työntekijä puuttuu vielä ongelmakohtiin yhdessä perheen kanssa. Suurin osa vastanneista piti tärkeänä nuoren ja hänen perheensä ongelmien tarkastelua niin, että yhdessä pystyttiin luomaan ongelmiin ratkaisut. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että perheen valmistelu siihen, että vaiheita ei ole enempää on tärkeää. Tässä vaiheessa noin puolet vastaajista piti tärkeänä myös sitä, että vanhempien toimintaa pariskuntana tarkasteltiin ja suunniteltiin mahdollisiin tulevaisuuden ongelmiin ratkaisuja. (Couturier ym. 2010, 205.)

Perhepohjainen hoitomalli todettiin tehokkaaksi hoitomuodoksi nuorten anoreksian hoidossa. Nuorten paino sekä prosenttiosuus tavoitepainosta nousivat, ruuasta pidättäytyminen ja aikuistumisen pelko vähenivät ja näläntunteen huomioiminen lisääntyi. Suurimmalla osalla niistä, joilla kuukautiset olivat loppuneet anoreksian takia, kuukautiset palautuivat hoidon aikana tai sen jälkeen. Nuoret ja heidän vanhempansa pitivät hoitomuotoa hyväksyttävänä. (Couturier ym. 2010, 203-204.) Joissakin tapauksissa havaittiin, että vanhempien osallistuminen hoitoon vahvistaa vanhempien ja lapsen välistä suhdetta. Huomattiin myös, että perheen yhtenäisyys kasvaa nuoren paranemisprosessin kautta. (Plath ym. 2016, 408.)

Terveysalan ammattilaiset kertoivat, että he eivät käytä tätä hoitomuotoa juuri siten kuin on tarkoitettu, vaan muokkaavat sitä nuoren ja perheen tarpeiden mukaiseksi. Hoitoa muokattiin sellaisissa tilanteissa, joissa vanhemmat eivät olleet kykeneviä saamaan lastansa syömään tarpeeksi. Terveysalan ammattilaisten mukaan perhepohjainen hoitomalli ei sovi kaikille, vaikka sen on todettu olevan tehokas hoitomuoto. Kuitenkin hoitomuodon peruspiirteiden noudattamista suositeltiin, sillä silloin hoidon arvioiminen ja seuranta on helpompaa. (Plath ym. 2016, 402-403.)

Pieni osa vastanneista oli sitä mieltä, että vanhempien mukaan ottaminen hoitoon voi olla hoidolle haitaksi. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi silloin, kun vanhemmat kokevat olonsa haavoittuvaksi. Tähän johtaa yleensä se, kun vanhempien täytyy keskustella nuoren edessä siitä, miten hoito on edennyt. Vanhemmat saattavat myös kokea tilanteen häpeälliseksi, jolloin he helposti eristäytyvät hoidosta ja vastuusta. (Plath ym. 2016, 398-399, 406-407.)

Perhepohjaisen hoitomallin vielä perhekeskeisempi hoitomuoto on Parental guided self-help family based treatment. Tässä hoitomuodossa vanhemmat osallistuvat tukikeskusteluihin, ja hoitavat anoreksiaa sairastavaa lastansa sen pohjalta. Tämä hoitomuoto lisäsi vanhemman taitoa hoitaa anoreksiaa. Hoidon lopussa suurin osa nuorista oli päässyt normaalipainoon. (Lock ym. 2017, 1106-1107.)

#### 5.4 Lääkehoito

*Lääkehoidon vaikutusta* anoreksian hoidon lisähoitona on tutkittu. Hagman ym. (2011) tutkivat risperidonin vaikutusta anoreksian lisähoitona, ja Norris ym. (2011) sekä Spettigue ym. (2018) tutkivat olantsapiinin vaikutusta ja turvallisuutta nuorten anoreksian hoidon osana.

Olantsapiinihoidon keskimääräinen *hoidon kesto* vaihteli 55,18 vuorokaudesta (Spettigue ym. 2018, 205) 252 vuorokauteen (Norris ym. 2011, 216). Olantsapiinin *annokset* vaihtelivat yksilöllisesti. Aloitusannokset vaihtelivat 1,25mg/vrk-5mg/vrk välillä ja hoitoannokset 2,5mg/vrk-15mg/vrk välillä. (Spettigue ym. 2018, 205.) Norris ym. (2011) tutkimuksessa hoitoannoksen vaihteluväli oli hieman pienempi, 3,75mg/vrk-7,5mg/vrk. Keskimääräinen hoitoannos vaihteli 5,0mg/vrk-5,28mg/vrk välillä (Norris ym. 2011, 216; Spettigue ym. 2018, 205).

Olantsapiinia käyttävien ryhmällä paino nousi enemmän sekä viikkotasolla, että kymmenen viikon aikana, kuin kontrolliryhmällä (Spettigue ym. 2018, 202). Myös Norris ym. (2011, 215) tutkimuksen mukaan olantsapiinia käyttävillä viikoittainen painonnousu oli korkeampi kuin kontrolliryhmällä, mutta tätä tulosta ei pidetty tilastollisesti merkittävänä. Psykkisessä oireilussa olantsapiinin käytöstä ei todettu olevan hyötyä (Spettigue ym. 2018, 203).



Risperidonin oletettiin vähentävän nuorten tyytymättömyyttä kehoonsa, halua laihtua sekä kehonkuvan vääristymiä. Tämän oletuksen todettiin pitävän paikkansa osittain. Risperidonia käyttävillä laihuuteen pyrkiminen väheni tutkimuksen ensimmäisillä viikoilla, mutta tämä ero ei pysynyt tutkimuksen loppuun saakka. Risperidonia käyttävien ryhmällä ei todettu olevan eroa muissa psykologisissa mittauksissa verrattuna ryhmään, joka ei käyttänyt risperidonia. Risperidonin oletettiin myös lyhentävän aikaa, jossa nuori saavuttaa oman tavoitepainonsa. Tämä oletus perustui siihen, että risperidonin on ajateltu hidastavan aineenvaihduntaa. Tämä oletus kuitenkin kumottiin, sillä risperidonia käyttävien ryhmällä ja kontrolliryhmällä ei todettu eroja BMI:ssä tutkimuksen lopussa. (Hagman ym. 2011, 918-919.)

Lääkehoidon *haitta- ja sivuvaikutuksia* seurattiin niin Hagman ym. (2011), Norris ym. (2011), kuin Spettigue ym. (2018) tutkimuksissa. Sivuvaikutusten seurannassa käytettiin laboratorionkokeita. Mitattuja laboratorioarvoja olivat muun muassa kolesteroliarvot, maksaverikokeet ja verensokeri. (Hagman ym. 2011, 919; Spettigue ym. 2018, 203.) Myös EKG:tä käytettiin sekä olantsapiinin että risperidonin sivuvaikutusten seurannassa (Hagman ym. 2011, 919; Norris ym. 2011, 217; Spettigue ym. 2018, 203). Laboratorionkokeista huomattiin prolaktiiniarvon kohoamista sekä risperidonia että olantsapiinia käyttävillä (Hagman ym. 2011, 919; Spettigue ym. 2018, 204). Olantsapiinia käyttävillä huomattiin myös muutoksia rasva-arvoissa (Norris ym. 2011, 217; Spettigue ym. 2018, 204).

## 6 POHDINTA

### 6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus ja eettisyys liittyvät vahvasti toisiinsa, ja esimerkiksi eettinen kestävyys on luotettavuuden toinen puoli. Eettisyys vaikuttaa myös tutkimuksen laatuun. Luotettavuus- ja arviointikriteerit ohjaavat eettisyyttä. Mikäli tutkija kuitenkin pitää kriteereitä lähinnä tarkistuslistan omaisena asiana, on tällöin eettisyyttä kyseenalaistettava. Eettisesti sitoutunut tutkija on avainasemassa hyvään tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, eli tietoa on kerätty jo olemassa olevista tutkimuksista. Valittujen tutkimusten laatua ja luotettavuutta arvioitiin ennen niiden valitsemista lopulliseen aineistoon. Tiivistelmien luvun yhteydessä varmistettiin, että kyseessä on alkuperäistutkimus. Opinnäytetyön aineistossa ei ole käytetty kirjallisuuskatsauksia.

”Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla” (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta. Työssä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioimisessa tulee käyttää tarkkuutta. Tutkimuksessa pitää noudattaa myös avoimuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimuksen tekijä on itse vastuussa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja siitä, että tutkimus on rehellinen ja vilpitön (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Opinnäytetyössä on avattu tarkasti ja avoimesti työn eri vaiheet. Aineiston keruu on käyty vaiheittain läpi. Tämän prosessin ymmärtämiseksi on muodostettu taulukot, jotka helpottavat aineiston keruun ymmärtämistä. Taulukosta käy ilmi hakusanat sekä miten lopulliseen aineistoon on päästy. Myös sisäänotto- ja pois-sulkukriteerit ovat kuvattuna omassa taulukossaan. Työn luotettavuutta heiken-

tää se, että aiheesta ei löytynyt paljoa tutkimuksia, joita olisi voinut verrata keskenään. Pidämme kuitenkin vähäisen tutkimustiedon löytymistä olennaisena tuloksena opinnäytetyössämme; nuorten anoreksiaa ei ole viimeisen 10 vuoden aikana tutkittu kovin paljoa. Opinnäytetyössä on käytetty asianmukaisia viitemerkintöjä. Näin kunnioitamme alkuperäisten tutkimusten tekijöitä ja mahdollistamme alkuperäisen tutkimuksen löytämisen. Viitemerkinnät vastaavat lähdemerkintöjä.

Tutkimus pyritään tekemään virheettömäksi. Tämän takia tutkimuksen luotettavuus pitää aina arvioida. Olennaisia asioita pohdittaessa tutkimuksen luotettavuutta on, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu, sekä tutkimustuloksissa on toistuvuutta. Tutkija on tutkimusta tehdessään velvollinen kertomaan uskottavan selityksen aineiston kokoamisesta ja analysoinnista. Tulokset on tehtävä selkeämmiksi ja ymmärrettävämmiksi, ja tähän auttaa se, että tutkimusprosessi on kerrottu yksityiskohtaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Aineistoon on valittu vain tutkimuksia, jotka vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Aineiston sisällönanalyysi on avattu tarkasti ja avoimesti. Esimerkkitaulukoiden avulla havainnollistetaan miten ala- ja yläluokat ovat muodostuneet. Nämä ovat tuloksia ohjaavia luokkia. Alaluokat on myös kursivoitu tuloksiin, jotta lukija voi ymmärtää sisällönanalyysin prosessin. Valitsemamme tutkimukset käsittelevät nuorten anoreksian hoitoa hieman eri näkökulmista. Kuitenkin lähes jokaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että perhepohjainen hoitomalli on anoreksian hoidossa runsaasti käytetty hoitomuoto. Lääkehoitoa anoreksian lisähoitona saaneet nuoret saivat myös perhepohjaista hoitoa.

Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää se, että suurin osa analysoiduista tutkimuksista on englanninkielisiä. Kummankin opinnäytetyön tekijän äidinkieli on suomi. Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat kuitenkin kääntäneet aineiston ja yhdessä on tultu samaan johtopäätökseen englanninkielisten lauseiden suomenoksista. Luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyön aihe on kummallekin opinnäytetyön tekijälle mielenkiintoinen, jolloin se on motivoinut aiheen tutkimiseen ja opinnäytetyön tekemiseen.

## 6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli koota yhteen tietoa nuorten anoreksian hoidosta sairaanhoitajan työn tueksi. Tutkimukset, jotka valitsimme aineistoomme, koskivat nuorten anoreksian eri hoitomenetelmiä. Tutkimuksissa nuorten keski-ikä sijoittui 12-17 ikävuoden välille. Mikäli tutkimukseen eivät osallistuneet nuoret itse, vaan tutkimus kohdistui hoitoa antavaan tahoon, ei ikää mainittu. Osallistujat puhuivat kuitenkin nuoren anoreksian hoidosta. Aineistossa ei käsitelty sairaanhoitajan roolia anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa. Silén ym. (2016) mainitsivat, että nuorten anoreksiaa voidaan hoitaa avo- tai osastohoidossa. Koemme, että varsinkin osastohoidossa aineistomme tuloksia voidaan yleistää koskemaan myös sairaanhoitajan työtehtäviä.

Anoreksian hoidon perustana on Kynsilehto ym. (2018) mukaan yksilöllinen ohjaus, säännölliset mittaukset, moniammatillinen yhteistyö ja vanhempien kanssa tehty yhteistyö. Nämä tulokset yhtenivät muiden tutkimusten kanssa, joten pidämme näitä hoitoa ohjaavina ja tukevinä tekijöinä. Kynsilehto ym. (2018) tutkimus koski opiskelija- ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien kokemuksia nuorten syömishäiriöiden tunnistamisesta ja hoidosta. Tämä tutkimus oli mielestämme opinnäytetyömme kannalta olennaisin ja lähimpänä sairaanhoitajan työnkuvaa. Muun muassa nuoren painon seuranta, keskusteleminen nuoren kanssa, työyhteisön konsultointi sekä vanhempien kanssa hoidosta keskusteleminen (Kynsilehto ym. 2018) ovat sellaisia tehtäviä, joita voisimme ajatella sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluvan.

Vaikka ravitsemusterapeutit määrittelevät nuoren ravitsemuksen tarpeen anoreksian hoidossa (Rocks ym. 2014), sairaanhoitaja voi olla se henkilö joka ravitsemusta tarjoaa ja seuraa että riittävä ravitsemus toteutuu. Ravitsemuksen hoidossa nuorille voidaan myös tarvittaessa laittaa nenämahaletku (Rocks ym. 2014). Mielestämme tämäkin voidaan rinnastaa sairaanhoitajan työhön, sillä sairaanhoitajan opinnoissa opetellaan nenämahaletkun laittaminen ja näin ollen voidaan olettaa, että se on osa sairaanhoitajan työtä. Rocks ym. (2014) tutkimuksen tuloksissa käy ilmi ravitsemuksen aloitus- ja lisäysannokset kilojouleina. Tätä yksikköä ei yleisesti Suomessa käytetä. Suomessa käytössä oleva mittayksikkö on kilokalori. Yksi kilojoule on noin 0,24 kilokaloria.

Perhepohjainen hoitomalli nousi esiin aineistomme kansainvälisissä tutkimuksissa. Tuloksissa kävi ilmi, että tätä hoitomuotoa käytetään paljon nuorten anoreksian hoidossa ja sitä tarjoavat useimmiten psykologit (Plath ym. 2016). Couturier ym. (2010) tuovat tutkimuksensa tuloksissa hyvin esiin perhepohjaisen hoitomallin tiedollisen ohjauksen. Hoitomallin ohjaustilanteissa käydään läpi muun muassa, miten nuori erotetaan sairaudesta ja miten vanhemmat voivat ohjata nuorta sairauden hoidon edetessä. Ohjaustuokioiden aikana lisätään myös vanhempien tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. (Couturier ym. 2010.)

Kerätystä aineistosta ei käy ilmi, käytetäänkö perhepohjaista hoitomallia Suomessa. Kynsilehto ym. (2018) kuitenkin korostaa tutkimuksessaan perheen ottamista mukaan syömishäiriön hoitoon. Psykoedukaatio ja tiedon ja tuen antaminen perheelle ovat tärkeä osa anoreksian hoitoa. Sairaanhoitaja voi olla tiedon ja tuen tarjoaja, ja antaa esimerkiksi kirjallista materiaalia, joka tukee sairaudesta paranemista.

Lääkehoidon kohdalla lääkäri määrittelee lääkkeen tarpeen ja annostuksen (Hagman ym. 2011; Norris ym. 2011; Spettigue ym. 2018), mutta sairaanhoitaja voi olla se työntekijä, joka toteuttaa lääkehoidon käytännössä ja seuraa lääkkeen vaikutuksia. Lääkkeen vaikutuksen ja haittavaikutusten seuranta on tärkeä osa lääkehoitoa. Koemme, että jokaisen lääkehoitoon osallistuvan terveydenhuollon ammattilaisen tulee tietää antamastaan lääkkeestä ainakin sen yleisimpiä haittavaikutuksia. Näin ollen haittavaikutusten ilmetessä pystyy työntekijä konsultoimaan lääkäriä, joka voi tarvittaessa muuttaa lääkitystä.

Vaikka aineistoon valitut tutkimukset käsittelivät pääasiassa muita kuin sairaanhoitajien työtehtäviä, ajattelempa että sairaanhoitaja on varsinkin osastohoidossa se työntekijä, joka on lähimpänä potilasta. Mielestämme potilaan kokonaisvaltainen hoito ja seuranta kuuluu sairaanhoitajan työtehtäviin, ja näin ollen koemme, että opinnäytetyömme tuloksia voidaan yleistää koskemaan myös sairaanhoitajia. Lisäksi sairaanhoitajan on mielestämme hyvä tietää myös muiden terveysalan ammattilaisten rooli potilaan hoidossa, jotta hän osaa konsultoida oikeaa työntekijää potilaan hoitoon liittyen.

### 6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että nuorten anoreksian hoitoa on tutkittu vain vähän viimeisen 10 vuoden aikana. Opinnäytetyössä käytetystä aineistosta käy ilmi, että esimerkiksi lääkehoitoa anoreksian hoidon lisähoitona ei ole juurikaan tutkittu. Tulokset myös osoittivat, että uusia hoitomuotoja nuorten anoreksian hoidossa ei juurikaan ole tutkittu.

Jatkotutkimusehdotuksenamme on, että nuorten anoreksian hoitoa voisi tutkia muun muassa lääkehoidon ja uusien terapiamuotojen kannalta. Myös hoitotyön näkökulmaa anoreksian hoidossa olisi hyvä tutkia. Anoreksiaan sairastutaan yleisimmin nuoruusiässä, ja sen takia on mielestämme olennaista keskittyä nuorten anoreksian hoidon kehittämiseen, jotta sairaus ei pääsisi kroonistumaan.

## LÄHTEET

Alenius, H. & Salonen, U. 2014. Syömishäiriön riskitekijät ja oireet. Duodecim – Lisätietoa aiheesta.

Bayer, A., Gilman, R., Tsui, A. & Hindin, M. 2010. What is adolescence? Adolescents narrate their lives in Lima, Peru. *Journal of Adolescence* 33, 509-520.

Cambridge University Press. 2020. Treatment noun (MEDICAL CARE). Luettu 20.4.2020. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/treatment>

Couturier, J., Isserlin, L. & Lock, J. 2010. Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa: A Dissemination Study. *Eating Disorders* 18, 199-209.

Hagman, J., Gralla, J., Sigel, E., Ellert, S., Dodge, M., Gardner, R., O'Lonergan, T., Frank, G. & Wamboldt, M. 2011. A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Risperidone for the Treatment of Adolescents and Young Adults with Anorexia Nervosa: A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50 (9), 915-924.

Herperzt-Dahlmann, B. & Dahmen, B. 2019. Children in Need – Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients* 11, 1-16.

HYKS psykiatria. 2017. Nuorten mielenterveys- ja päihdetyön hoitoketju. Duodecim – Hoitoketjut. Päivitetty 19.6.2017. Luettu 20.4.2020.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291-301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. & Treasure, J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 117 (8), 863-868

Kynsilehto, T., Kääriäinen, M. & Ruotsalainen, H. 2018. Terveystieteiden tutkimuksia syömishäiriöiden varhaisesta puuttumisesta ja hoidosta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. *Hoitotiede* 30 (1), 53-66.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2004/857. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lock, J., Darcy, A., Fitzpatrick, K., Vierhile, M. & Sadeh-Sharvit, S. 2017. Parental guided self-help family based treatment for adolescents with anorexia nervosa: A feasibility study. *International Journal of Eating Disorders* 50, 1104-1108.

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C. & Slater, P. 2010. Developing person-centered practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* 5, 93-107.

Norris, M., Spettigue, W., Buchholz, A., Henderson, K., Gomez, R., Maras, D., Gaboury, I. & Ni, A. 2011. Olanzapine Use for the Adjunctive Treatment of Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 21 (3), 213-220.

Nuorisolaki 1285/2016 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285>

Nuorten mielenterveystalo. n.d. Häiriöt ja ongelmat – Johdanto nuoruusikään. Luettu 20.04.2020. [https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa\\_mielenterveydesta/nuorten\\_mielenterveysongelmat/Pages/Johdanto-nuoruusik%C3%A4%C3%A4n.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/Johdanto-nuoruusik%C3%A4%C3%A4n.aspx)

Pajamäki, N. & Metso, S. 2015. Henkeä uhkaavan anoreksian tunnistaminen ja somaattinen hoito. *Suomen lääkirilehti* 70 (43), 2849-2854

Phillipou, A., Castle, D. & Rossell, S. 2018. Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 52 (1), 13-14.

Plath, D., Williams, L. & Wood, C. 2016. Clinicians' views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Eating Disorders* 24 (5), 393-411.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Nuoruusikäiset potilaat (13-22-vuotiaat) (PPSHP). Duodecim – Hoitoketjut. Päivitetty 31.3.2017. Luettu 20.4.2020.

Robbins, D., Mattison, J. & Dorrance, K. 2018. Person-Centricity: Promoting Self-Determination and Responsibility in Health and Health Care. *Military Medicine* 183 (11/12), 198-203.

Rocks, T., Pelly, F. & Wilkinson, P. 2014. Nutritional management of anorexia nervosa in children and adolescent inpatients: The current practice of Australian dietitians. *Nutrition & Dietetics* 71, 100-107.

Ruuska, J. 2018. Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. Duodecim - Lääkärin käsikirja.

Ruuska, J. & Kaltiala-Heino, R. 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. *Lääkirilehti* 70 (24), 1739-1744.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisu. [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)



Sarkhel, S., Singh, P. & Arora, M. 2020. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders – General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry* 62 (2), 319-323.

Silén, Y., Raevuori, A., Sipilä, P., Jüriloo, E., Tainio, V., Marttunen, M. & Keski-Rahkonen, A. 2016. Nuoren laihuushäiriön hoito ja erikoissairaanhoidon kustannukset. *Duodecim* 132, 2115-2123.

Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto. 2020. Terveystieteiden ammattihenkilöt. Päivitetty 11.5.2020. Luettu 13.5.2020. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Spettigue, W., Norris, M., Maras, D., Obeid, N., Feder, S., Harrison, M., Gomez, R., Fu, M., Henderson, K. & Buchholz, A. 2018. Evaluation of the Effectiveness and Safety of Olanzapine as an Adjunctive Treatment for Anorexia Nervosa in Adolescents: An Open-Label Trial. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27 (3), 197-208.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Juvenes Print.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25 (2), 80-91.

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 16.02.2020). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Päivitetty 10.09.2019. Luettu 20.4.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. E-kirja.

Turunen, E., Mäntynen, R., Kvist, T., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Turunen, H. & Partanen, P. 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoidtajien arvioimana: pitkäaikainen tutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 27 (2), 148-162.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Ukkola, O. 2007. Re-feeding-oireyhtymä: salakavala yllättäjä aliravitsemuksen hoidossa. *Duodecim* 123, 807-811.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. *Teke-sin katsaus* 281/2011, 3-64.

Winell, K., Mikkola, I., Kuronen, R. & Liira, H. 2019. Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien avohoitoon. Lääkärilehti 74 (1-2), 41-47.

Yleissopimus lapsen oikeuksista 60/1991. [https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060/19910060\\_2](https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060/19910060_2)

## LIITTEET

## Liite 1. Aineisto

Tutkimuksen tekijät, julkaisu-vuosi ja -maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä ja otoskoko	Keskeiset tulokset
Couturier, J., Isserlin, L. & Lock, J. 2010. Kanada.	Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa: A Dissemination Study.	Määrällinen tutkimus (n=14)	Tutkittavien paino nousi keskimäärin 7,8kg. Ruuasta pidättäytyminen ja aikuistumisen pelko väheni, ja nälän tunteen huomioiminen parani.
Hagman, J., Gralla, J., Sigel, E., Ellert, S., Dodge, M., Gardner, R., O'Lonergan, T., Frank, G. & Wamboldt, M. 2011. Yhdysvallat.	A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Risperidone for the Treatment of Adolescents and Young Adults with Anorexia Nervosa: A Pilot Study.	Määrällinen tutkimus (n=40)	Tutkimuksen ensimmäisten 7 viikon aikana lääkeryhmällä oli selkeä lasku laihuuden ihannoitua mittavassa testissä, mutta tämä ei pysynyt tutkimuksen loppuun saakka. Lääkeryhmällä oli kohonnut prolaktiinitaso.
Kynsilehto, T., Kääriäinen, M. & Ruotsalainen, H. 2018. Suomi.	Terveystenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden varhaisesta puuttumisesta ja hoidosta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.	Laadullinen tutkimus (n=13)	Säännölliset mittaukset, yksilöllinen ohjaus ja yhteistyö vanhempien kanssa sisältyvät syömishäiriötä sairastavan nuoren hoitoon.

Tutkimuksen tekijät, julkaisu-vuosi ja -maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä ja otoskoko	Keskeiset tulokset
Lock, J., Darcy, A., Fitzpatrick, K., Vierhile, M. & Sadeh-Sharvit, S. 2017. Yhdysvallat.	Parental guided self-help family based treatment for adolescents with anorexia nervosa: A feasibility study.	Tapaustutkimus (n=19)	Tutkimukseen osallistuneiden nuorten keskiarvo BMI kohosi tutkimuksen aikana 85,01% → 97,31%. Myös syömiseen liittyvä psykopatologia koheni.
Norris, M., Spettigue, W., Buchholz, A., Henderson, K., Gomez, R., Maras, D., Gaboury, I. & Ni, A. 2011. Kanada.	Olanzapine Use for the Adjunctive Treatment of Adolescents with Anorexia Nervosa.	Retrospektiivinen kohorttitutkimus (n=43)	Olantsapiinin vaikutusta syömis-häiriöongelmiin ei voitu arvioida, sillä tutkittavien hoidossa oli liikaa muuttujia. Olantsapiinin keskeisimmiksi haittavaikutuksiksi tutkimuksessa todettiin sedaatio ja dyslipidemia.
Plath, D., Williams, L. & Wood, C. 2016. Australia.	Clinicians' views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa.	Määrällinen & laadullinen tutkimus (n=20)	Tutkittavat kannattavat Maudsleyn metodin pääpiirteitä, mutta muokkaavat yksityiskohtia potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Tutkimuksen tekijät, julkaisu-vuosi ja -maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä ja otoskoko	Keskeiset tulokset
Rocks, T., Pelly, F. & Wilkinson, P. 2014. Australia.	Nutritional management of anorexia nervosa in children and adolescent inpatients: The current practice of Australian dietitians.	Määrällinen & laadullinen tutkimus (n=17)	Ravitsemuksen energiamäärät anoreksian hoidon alussa vaihtelevat potilaan yksilöllisistä tarpeista riippuen.
Silén, Y., Rae-vuori, A., Sipilä, P., Jüriloo, E., Tainio, V., Marttunen, M. & Keski-Rahkonen, A. 2016. Suomi.	Nuoren lai-huushäiriön hoito ja erikoissairanhoidon kustannukset	Määrällinen tutkimus (n=47)	Lähes kolmannes nuori sai hoitoa poliklinikan lisäksi usealla osastolla.
Spettigue, W., Norris, M., Marras, D., Obeid, N., Feder, S., Harrison, M., Gomez, R., Fu, M., Henderson, K. & Buchholz, A. 2018. Kanada.	Evaluation of the Effectiveness and safety of Olanzapine as an Adjunctive Treatment for Anorexia Nervosa in Adolescents: An Open-Label Trial.	Määrällinen tutkimus (n=32)	Lääkeryhmään kuuluneilla paino nousi keskimäärin paremmin kuin kontrolliryhmään kuuluneilla. Olantsapiinista ei todettu tulevan vakavia haittavaikutuksia.